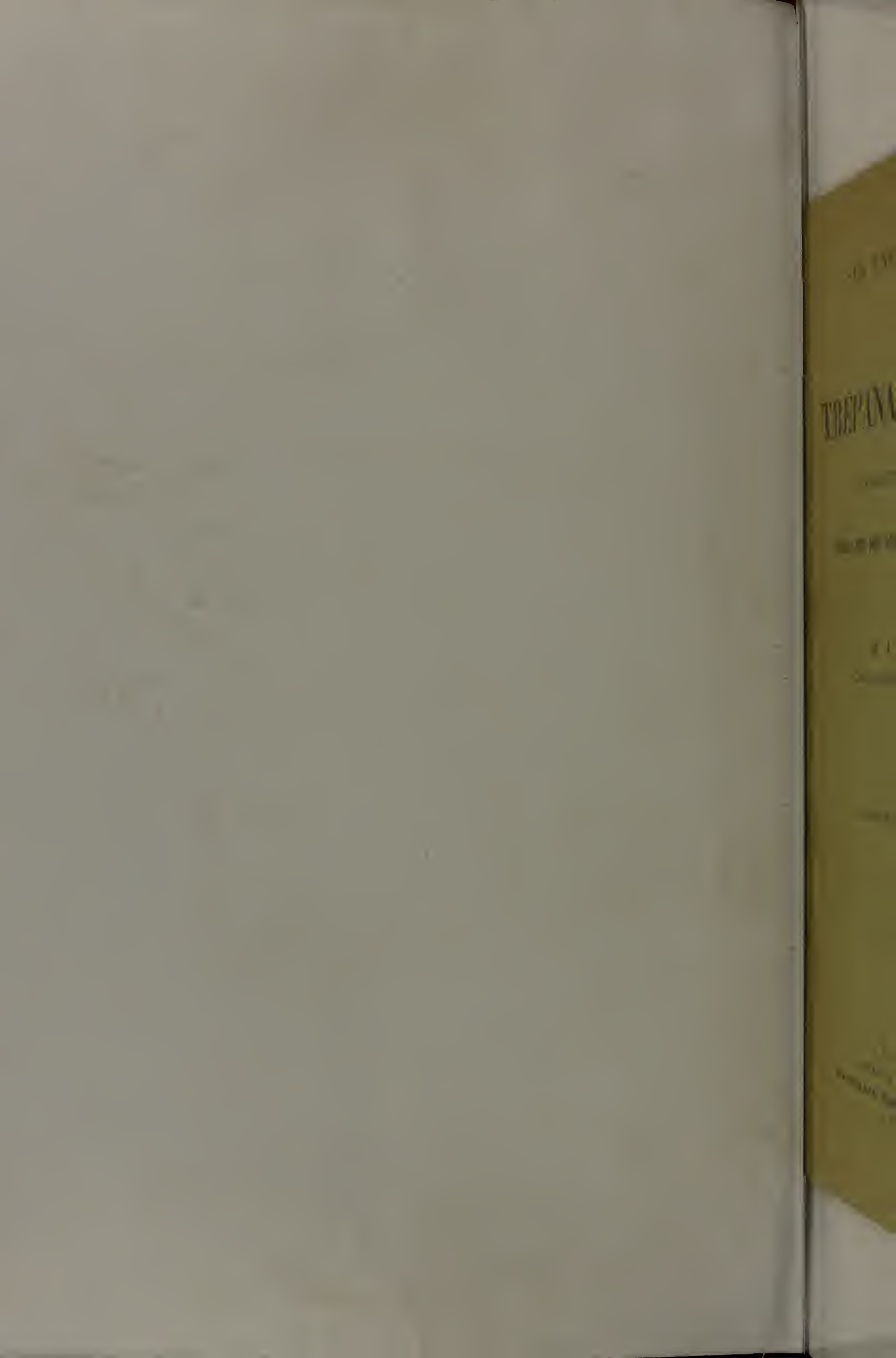


SUR UNE SÉRIE DE VINGT CAS

DE

TRÉPANATION DU CRANE

INNOCUITÉ DE CETTE OPÉRATION

Quinze cas pour accidents cérébraux en dehors du traumatisme

PAR

M. J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE
Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

Extrait du *Bulletin de la Société de Chirurgie.*
(Séance du 27 juin 1888.)

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Boulevard Saint-Germain et rue de l'Éperon

EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1888

SUR UNE SÉRIE DE VINGT CAS

DE

TRÉPANATION DU CRANE

INNOCUITÉ DE CETTE OPÉRATION

Quinze cas pour accidents cérébraux en dehors du traumatisme [1].

I. — Renaissance du trépan. Trépanation chez les Kabyles.

J'ai eu souvent l'occasion de vous faire des communications ou des rapports sur la trépanation du crâne. C'est à la Société de chirurgie que j'ai communiqué ma première trépanation faite en 1874, mes travaux sur l'utilisation des localisations cérébrales, enfin, plus récemment, mes premiers essais de trépanation en dehors du traumatisme.

Aujourd'hui, je vous apporte la relation de vingt opérations de trépanation, dont quinze surtout présentent un grand intérêt, parce qu'elles ont été faites toutes quinze en dehors du traumatisme. Ces dernières opérations ont toutes été suivies de guérison; elles montrent combien la trépanation doit être une opération bénigne, et comment elle peut être utilisée dans un but vraiment médical.

C'est de notre temps et d'une époque toute récente que date cette application du trépan, et l'on doit se rappeler que c'est une renaissance plutôt qu'une naissance. Tout le monde sait que la pratique de la trépanation a été retrouvée chez l'homme de l'âge de pierre, puis chez certains sauvages et, de notre temps, surtout chez certains Kabyles.

Disons, en passant, que c'est à peu près exclusivement à des travaux français que l'on doit la connaissance de ces faits.

De Baye, Broca, Prunières, sont au premier rang de ceux qui ont étudié la trépanation préhistorique, et, lorsque j'ai publié ma

[1] Depuis cette lecture, quatre nouvelles opérations ont été faites, toutes quatre avec succès; soit dix-neuf cas en dehors du traumatisme (15 septembre 1888).

monographie sur la trépanation du crâne, je n'ai eu garde d'oublier ces travaux. Non seulement je les ai étudiés, mais j'ai recherché moi-même le procédé qu'avaient pu employer ces hommes dénués d'instrumentation. J'ai exécuté un procédé qui consiste à circonscrire une pièce osseuse en vrillant avec une pointe de silex ; et je suis convaincu que, si ce n'était pas toujours le même procédé qui était employé, au moins celui-là était facilement et communément utilisé.

En ce qui concerne les Kabyles modernes, non seulement j'ai étudié dans mon livre les remarquables mémoires de MM. Martin et Paris, mais j'ai eu l'occasion de prendre des renseignements dans le pays en 1881 : dans le village de Sidi Ocba, j'ai eu l'occasion de voir un thoubib du nom de Si Ali ben-si-Mohamed-Taieb, qui m'a donné beaucoup de renseignements sur l'opération telle que la faisaient son père, ses frères et lui Il devait la pratiquer avec une singulière facilité, puisqu'il m'avait proposé, si je restais deux jours de plus à Biskra, de trouver quelqu'un à trépaner; mais il la faisait très nettement en dehors du traumatisme. Dans le traumatisme, les opérations étaient plus rares ; c'était surtout la douleur qui le conduisait à ouvrir le crâne; il indiquait différentes maladies sur lesquelles ses explications ont été diffuses. Mais la cause de l'intervention était de source non traumatique. Il ajoutait que l'opération pouvait se répéter un grand nombre de fois. Lui-même avait été trépané, disait-il, quatre fois, et son père l'avait été douze fois. Il me montra sa tête, qui portait sur le pariétal gauche une très grande perte de substance où l'on sentait les battements du cerveau. S'il avait été réellement trépané quatre fois, il est probable que certaines des opérations avaient dû être incomplètes. Toujours est-il que lui et ses trois frères pratiquaient l'opération avec une extrême facilité, ne la considéraient pas comme dangereuse et l'employaient en beaucoup de circonstances où il n'y avait pas eu de traumatisme.

J'avais déjà signalé ces faits lorsque, plus tard, M. Vedrènes, inspecteur du service de santé, dans une tournée d'inspection, fit recueillir par les médecins, dans les postes qu'il allait inspecter, des renseignements sur l'usage de la trépanation, qu'il a publiés dans la *Revue de chirurgie*.

De ces documents, il résulterait que, chez les Kabyles, la trépanation ne se ferait guère qu'à la suite de traumatisme et pour des fractures du crâne. Il est probable qu'il y a eu là un défaut d'information, parce qu'il y a divergence avec mes propres renseignements et avec ceux recueillis par des observateurs qui nous ont précédés. Peut-être la coutume est-elle différente dans différentes tribus. Il paraît incontestable que la trépanation se fait pour des

fractures; mais il paraît bien certain qu'elle s'est conservée comme thérapeutique active pour des maladies différentes.

II. — Trépanations pour traumatismes.

Ce n'est pas une digression inutile que ces réflexions sur la pratique des Kabyles, car nous retrouvons chez eux l'opération faite pour l'indication médicale avec des instruments grossiers et une ignorance médicale parfaite. Que ne pouvons-nous faire en utilisant résolument nos connaissances et, en particulier, comme je l'ai montré, les localisations cérébrales!

Si, avant de vous parler des opérations pour indications médicales, je vous rappelle cinq cas de trépanation pour traumatisme, c'est qu'ils sont assez typiques et parce qu'il est facile de voir que les accidents qui ont entraîné la mort, dans deux cas, n'étaient pas du tout en relation avec la gravité de l'opération, mais avec l'état antérieur du malade. La trépanation n'a pu les empêcher de mourir, voilà tout. Dans deux cas, j'ai voulu intervenir malgré des apparences très mauvaises. Les malades ont succombé avant vingt-quatre heures. L'un avait, outre l'enfoncement pour lequel je le trépanais, un énorme fracas de la base du crâne. L'autre avait bien du pus sous la dure-mère dans le point ou je le trépanais, mais il en avait aussi autour du cerveau dans des points éloignés, soit des lésions incompatibles avec la survie.

Observation I (n° 2, tableau I). — *Enfoncement du crâne. Méningo-encéphalite. Trépanation secondaire. Mort.*

Le nommé R... (Jérôme), âgé de 42 ans, menuisier, reçoit un coup de barre de fer sur la tête, le 5 avril 1881 ; il perd connaissance, mais revient à lui au bout d'une demi-heure. Il reste six jours au lit, se plaignant d'un grand mal de tête et de beaucoup de fièvre; au bout de ce temps, il commence à divaguer, est très agité, et, à la suite d'une promenade, il est paralysé du côté gauche.

La paralysie du bras gauche est complète, la face est paralysée du même côté et la langue déviée. La parole et la vue sont conservées. L'ouïe disparue. La jambe est seulement parésiée. La sensibilité n'est pas atteinte.

Sur la région pariétale droite, en arrière de la ligne rolandique, on constate une plaie avec fracture de la portion correspondante du pariétal.

Le pouls est régulier, mais la température très élevée (40°).

Opération (15 avril 1881). — Le malade est entré le 13 seulement à l'hôpital, en médecine. La trépanation est faite un peu en avant du trait de la fracture. La dure-mère est déchirée en un point, et on

trouve du pus qui semble venir de la profondeur. De la matière cérébrale s'écoule par l'orifice de trépanation.

Le malade, très affaissé au moment de l'opération, meurt dans la journée.

On trouve, à l'autopsie, la dure-mère très rouge ; au-dessous d'elle, on constate de la méningite très avancée, les circonvolutions sont recouvertes par une nappe purulente qui forme un foyer, et au-dessous une sorte d'excavation pouvant contenir une vingtaine de grammes. Tout autour, les circonvolutions sont ramollies.

Obs. II. — *Enfoncement du crâne. Trépanation. Grand fracas du crâne. Fractures multiples de la base. Mort rapide.*

Le nommé D... (Pierre-Louis), âgé de 43 ans, peintre en bâtiments, entre à l'hôpital Tenon, salle Lisfranc, n° 5, le 12 août 1885, pour une fracture du crâne. Il a fait une chute d'un premier étage, est apporté sans connaissance une heure après l'accident. Le lendemain, on constate un peu de parésie du bras droit avec perte de la sensibilité. Au membre inférieur droit, la sensibilité est seulement diminuée. Le malade est dans le coma et on lui trouve une ecchymose derrière l'oreille gauche.

Opération (13 août 1885). — Incision jusqu'à l'os, qui est dénudé. Le pariétal gauche est fracturé et enfoncé dans sa portion postérieure. Deux couronnes de trépan sont appliquées pour enlever une esquille volumineuse. Une nouvelle couronne est appliquée plus en avant, on ne trouve rien. La plaie est fermée et drainée, pansement à l'iodoforme.

Le malade ne sort pas du coma, il meurt le lendemain matin, sans avoir été amélioré par l'opération.

A l'autopsie, on constate une fracture de la base du crâne sur l'occipital des deux côtés ; fracture de la voûte à droite et à gauche, hémorrhagie de la base intéressant la scissure de Sylvius, et un épanchement un peu en avant de la trépanation, entre le crâne et la dure-mère.

Les trois autres cas, au contraire, quoique opérés dans de très mauvaises conditions, sont des cas de guérison.

Obs. III. — *Enfoncement du crâne. Monoplégie brachiale. Crises épileptiformes. Aphasie. Coma. Trépanation. Guérison.*

Le nommé H... (Charles), âgé de 26 ans, cordonnier, entre à l'hôpital Lariboisière dans la nuit du 15 au 16 novembre 1874.

Le 16 au matin, le malade est assoupi, la face immobile ; on le réveille avec peine. La sensibilité est conservée, mais les mouvements du membre supérieur droit sont abolis en partie. On trouve du côté du crâne une petite plaie très superficielle du cuir chevelu au niveau de la bosse pariétale gauche.

Le 20, la stupeur est la même, la petite plaie ne présente rien de particulier, on ne peut constater aucune irrégularité. Le soir, le malade est pris d'accès convulsifs. Ces accès augmentent le lendemain et deviennent de véritables attaques épileptiformes. Le pouls est très petit, la respiration très embarrassée. Treize accès dans la nuit. Mort imminente.

Opération (22 novembre 1874). — L'état du malade ne permet pas d'employer le chloroforme. Incision au niveau d'une très petite plaie. Aucune trace de fracture. Décollement d'un énorme lambeau du péricrâne ; on aperçoit alors une fente qui se porte en avant. Une deuxième incision est dirigée dans le même sens et conduit au foyer de la fracture situé au-dessus et en avant du pavillon de l'oreille. Il y a enfoncement, mais peu marqué. Les fragments sont multiples et solidement enchevêtrés. Une couronne de trépan est appliquée auprès du foyer de la fracture. On cherche à enlever les fragments, mais on ne peut y parvenir qu'en appliquant une deuxième couronne de trépan. Les méninges sont recouvertes par du sang épanché dans lequel on trouve une esquille implantée dans la dure-mère. Les bords de la plaie osseuse sont régularisés. Toute la plaie et les méninges sont lavées avec de la solution phéniquée à 3 0/0, les lambeaux sont abandonnés. Par-dessus, un linge fin imbibé de la même solution phéniquée, puis, par-dessus, de la charpie imbibée également, ouate, taffetas ciré et un bonnet. Ce pansement sera continué plus d'un mois.

Dès le jour même, on ne constate plus une seule attaque d'épilepsie, mais il y a encore de l'hypothermie.

Le 25, la stupeur a disparu, la plaie a bon aspect, les points osseux dénudés sont absolument recouverts.

Le 26, la paralysie du bras a disparu.

Le 7 décembre, la parole recommence à revenir, mais ce n'est que le 1er janvier qu'il peut lire et écrire.

Le 20 janvier, il était complètement guéri.

(Observation complète dans mon livre sur *la Trépanation, guidée par les localisations cérébrales*, 1879.)

Obs. IV. — *Fracture du crâne par enfoncement ; pas de symptômes graves. Trépan préventif. Esquille dans le cerveau et cheveux extraits. Guérison.*

Le nommé M... (François), âgé de 22 ans, journalier, est entré à l'hôpital Tenon, salle Lisfranc, n° 19, le 2 avril 1886, pour une plaie de tête.

Reçoit un coup de canne à pomme de bronze dans la région pariétale gauche dans la nuit du 1er au 2.

Le 4 avril, il est pris de vomissements, le pouls est ralenti, et à l'examen on découvre un enfoncement du crâne.

Opération (4 avril 1886). — Incision en croix. Application d'une couronne de trépan, extirpation d'un fragment considérable enfoncé dans la substance cérébrale qui appartient surtout à la table interne.

Des cheveux sont retirés de la cavité crânienne. La plaie est suturée et drainée, pansement iodoforme, sachets, ouate de tourbe. Opération rapide avec chloroforme.

Le lendemain l'état du blessé est excellent; mais le jour suivant, à la suite de la visite de ses parents, il est pris d'agitation qui dure plusieurs jours, ictère intense. A partir de ce moment, plus rien à signaler. Il quitte l'hôpital le 28 avril absolument guéri. Revu le 15 juin 1888, aucun incident fâcheux, les battements du cerveau sont à peine perceptibles.

Obs. V. — *Fracture avec enfoncement du frontal et du temporal gauche. Coma. Mort imminente. Résection de plus de la moitié du frontal et d'une portion du temporal. Guérison.*

La nommée L... (Justine), âgée de 14 ans, couturière, est entrée à l'hôpital Saint-Louis, salle Isolement, n° 24, le 14 mars 1888 pour fracture du crâne avec enfoncement.

Le 14 au soir, elle est renversée par une voiture et piétinée par les chevaux. Elle présente une plaie sur le front, partant du grand angle de l'œil gauche et s'étendant en arrière sur le frontal.

Cette enfant a totalement perdu connaissance; elle ne prononce aucune parole, mais en la pinçant énergiquement on constate qu'elle a un certain degré de sensibilité et pas de paralysie motrice. Elle a des vomissements continuels.

Opération (15 mars). — Découverte de deux fragments enfoncés s'étendant sur plus du tiers de la surface crânienne. Les bords sont enfoncés. Résection, avec la pince gouge, d'une portion considérable du frontal, du pariétal et d'une portion enfoncée du temporal. Enlèvement d'un caillot assez étendu situé sous le frontal. Ponctions de la dure-mère et de l'arachnoïde en plusieurs points, pas de sang au-dessous. Quelques ligatures.

Les quatre incisions faites pour poursuivre les traits de fracture sont suturées par trente crins de Florence. Deux drains. Pansement, iodoforme, sachets, ouate de tourbe.

Durée de l'opération 50 minutes. Chloroforme 10 grammes seulement. La malade le supportait très difficilement; à la fin de l'opération, elle s'éveille notablement, on est obligé de donner du chloroforme pour terminer.

Aucun vomissement depuis l'opération; le lendemain elle paraît aller un peu mieux, elle peut avaler un peu.

Le 17 mars elle va beaucoup mieux; son pansement est changé, les drains retirés, mais elle reste toujours sans connaissance.

Le 18, elle reprend connaissance. Depuis ce jour plus rien à signaler, la plaie se guérit rapidement et la malade sort absolument guérie le 28 avril 1888. Toute la partie gauche du front présente des battements cérébraux; malgré cela, on ne fait porter à la malade aucun appareil prothetique.

Dans tous ces cas, ce qui concerne la trépanation s'est passé avec une extrême simplicité. La réparation a été facile, les résultats obtenus pour le premier opéré il y a quatorze ans se sont toujours bien maintenus; le deuxième opéré, du 2 avril 1886, est en état excellent. La région opérée est solide et n'a aucun besoin d'être défendue. Pour l'enfant qui a une baie énorme dans la région frontale, je ne lui ai pas fait porter d'appareil. Peut-être faudra-t-il le faire au moins pour un temps.

III. — Opérations en dehors du traumatisme.

Mais tous ces préliminaires n'avaient d'autre but que de mieux amener à étudier les observations prises en dehors du traumatisme et qui constituent le fond de ma communication. Là, nous trouvons l'opération avec toute sa simplicité, toute la régularité de la réparation. Nous donnons aux ouvertures des dimensions considérables; et, que la dure-mère ait été ouverte ou non, que les méninges aient été complètement entamées, même avec lésion superficielle du cerveau, les suites sont simples, parfaitement bénignes, et le résultat acquis dès ces premiers essais me paraît mériter toute votre attention.

Les indications de ces trépanations, qui sont au nombre de 15 sur 12 malades, ont été différentes. Deux sujets ont été trépanés, l'un deux fois et l'autre trois fois. Douleurs, vertiges, épilepsie vraie, épilepsie symptomatique, ont été l'occasion de ces opérations.

Voici comment elles se répartissent :

A. *Opérations pour douleurs et vertiges.*

Neuf fois l'opération a été faite pour remédier à des douleurs localisées ou à des vertiges; deux sujets avaient des vomissements et des bruits dans la tête. Chez certains malades, il y avait eu traumatisme crânien antérieur mais très éloigné; chez d'autres, le traumatisme était plus récent, sans avoir du reste laissé de trace profonde; enfin un des sujets n'avait jamais eu de traumatisme quelconque.

Observation I. — *Douleurs de tête et vertige; traumatisme de 26 ans. Trépanation sans ouverture de la dure-mère. Guérison complète persistante depuis près de trois ans* (n° 1, t. II).

Le nommé D... (Charles), âgé de 40 ans, coupeur en chaussures, entre le 8 octobre 1885 à l'hôpital Tenon, salle Nélaton, n° 13, pour des accidents cérébraux, envoyé par le Dr Signez.

A l'âge de 14 ans il tombe d'un arbre. Immédiatement après la chute le malade perd connaissance. On suppose une fracture du crâne. Il présente une déformation qui peut néanmoins être congénitale. A 19 ans il a des accès épileptiformes qui le font réformer du service militaire. Il souffre peu cependant jusqu'en 1885. En janvier 1885 il fait un long séjour à l'hôpital pour des douleurs vives qui irradiaient du foyer supposé de la fracture. Ces douleurs augmentent constamment, et le malade est pris de vertiges. On lui prescrit successivement de l'iodure de potassium, puis du bromure de potassium qui apporte une certaine amélioration; néanmoins les crises persistent, il ne peut plus travailler. Alors il revient à l'hôpital pour demander une intervention dont je lui avais indiqué la possibilité.

Opération (15 octobre 1885). — L'incision est faite au niveau de la déformation du crâne sur le pariétal postérieur. Deux couronnes de trépan sont appliquées, l'une sur la suture lambdoïde empiétant un peu sur la ligne médiane ; la deuxième en dehors et à gauche. Le pont osseux qui sépare les deux couronnes est supprimé. La dure-mère adhère aux os, elle est décollée tout autour. La plaie est suturée, drainée, puis pansée avec de la gaze iodoformée et charpie de bois.

La marche est des plus simples, à peine une légère élévation de température de quelques dixièmes pendant les premiers jours. Le premier pansement est changé le 17, le tube remplacé par un plus petit, la plaie est bien nette. Après deux autres pansements faits le 20 et le 24, le malade est complètement guéri, il ne se plaint plus de maux de tête ni de vertiges, et quitte l'hôpital le 9 novembre 1885.

Chez ce malade, la disparition des vertiges a été des plus remarquables. Dès le lendemain de l'opération il nous exprimait sa satisfaction de pouvoir tourner sa tête sur l'oreiller, tandis qu'auparavant le moindre mouvement de latéralité de la tête était tellement pénible qu'il évitait de se retourner dans son lit. Depuis il a été revu bien souvent. Il reste parfaitement guéri. Il a pu reprendre ses occupations. Il se plaint de temps en temps de douleurs dans le cou, mais tous les accidents anciens n'ont plus reparu.

Obs. II (nos 2, 3, 4). — *Douleurs fixes du crâne avec vertige, titubation. Trois trépanations successives. Disparition de certains points douloureux. Amélioration. Disparition des vertiges.*

Le nommé S... (Charles), âgé de 45 ans, employé, entre le 27 avril 1886 à l'hôpital Tenon, salle Nélaton, n° 12, pour phénomènes douloureux dans la région fronto-pariétale gauche, envoyé par le Dr Dujardin-Beaumetz.

A l'âge de 8 ans il reçoit un coup de hache sur la tête; il tombe, mais ne perd pas connaissance. Cet accident n'a aucune suite.

Pas d'antécédents syphilitiques.

A 41 ans il est pris de céphalalgie, d'abord intermittente, mais qui devint continuelle il y a dix-huit mois. Il éprouve des vertiges et une sensation de vide dans la tête, et a une tendance à tomber toujours

du côté gauche. De temps à autre surdité passagère, perte de la mémoire. Parfois vomissements après les repas. Enfin, depuis dix-huit mois, douleurs de névralgie dentaire, pour laquelle il se fait en vain arracher toutes les dents saines du côté gauche.

La céphalalgie, d'abord générale, s'est localisée depuis dix-huit mois au niveau de la région frontale supérieure gauche, très en arrière de la cicatrice du coup de hache, qui est longue d'environ 3 centimètres.

La douleur extrêmement vive occupe quatre points principaux : le premier à quatre centimètres en arrière et en dehors de la cicatrice ; le deuxième vers la partie moyenne du pariétal gauche ; le troisième dans la région du temporal gauche ; enfin le quatrième au niveau de la gencive supérieure gauche.

Le malade a été soumis à un grand nombre de traitements médicaux qui n'ont produit aucune amélioration (salicylate de soude, chlorure de méthyle, sulfate de quinine, bromure et iodure de potassium, morphine, électricité, etc.).

1re *Opération* (3 mai 1886). — Incision en T renversé pour découvrir le point douloureux situé en arrière de la cicatrice. Couronne de trépan sur ce point douloureux ; la dure-mère ne paraît présenter aucune lésion, sauf quelques légères adhérences à la face interne des os. L'orifice est agrandi avec la pince de Nélaton. La plaie est ensuite suturée et drainée. Pansement à la gaze iodoformée, sachets.

Durée de l'opération, 45 minutes. Chloroforme de l'hôpital, 60 grammes.

La marche de l'opération est des plus simples, la cicatrisation est rapidement obtenue, les résultats de l'opération sont très satisfaisants. On constate la disparition complète de la douleur au niveau du point trépané ; mais le point postérieur persiste et est le siège d'une douleur extrêmement vive pour laquelle le malade réclame une nouvelle intervention.

2e *Opération* (26 juin 1886). — Le point douloureux postérieur du pariétal est mis à découvert, puis deux couronnes de trépan sont appliquées à ce niveau. Les méninges sont saines. Suture et drainage de la plaie. Pansement iodoformé.

Durée de l'opération, 35 minutes. Chloroforme Yvon, 45 grammes.

Le malade guérit de cette deuxième opération aussi facilement que de la première, mais les douleurs persistent au niveau du point postérieur sur lequel a porté la trépanation. On cherche alors à traiter le malade par la suggestion, mais les tentatives sont infructueuses, il ne peut être hypnotisé.

Le malade quitte l'hôpital Tenon en mai 1887, mais il continue à souffrir et rentre à Saint-Louis dans le service (n° 49 des baraques), le 8 juin 1887. On trouve un point douloureux très limité qui occupe la marge postérieure du dernier orifice de trépanation. On décide une troisième opération en cet endroit.

3e *Opération* (1er juillet 1887). — Incision en T dont la partie supérieure répond à l'endroit douloureux. Le bord osseux est mince, la

grande couronne est appliquée à ce niveau. Légère hémorrhagie venue des méninges. Suture et drainage de la plaie. Pansement iodoformé.

Durée de l'opération, 35 minutes. Chloroforme Yvon, 50 grammes.

Les suites opératoires sont très simples, le 12 juillet au deuxième pansement la cicatrisation est parfaite, les crins de Florence sont enlevés.

Les crises douloureuses ont diminué d'intensité, de plus elles sont moins fréquentes, le malade a des journées entières de répit, il peut écrire assez longtemps sans se fatiguer.

L'état local chez ce sujet est intéressant à constater. Il a peu de cheveux ; on voit très bien une dépression antérieure avec peu de battements répondant à la première trépanation. Une dépression postérieure beaucoup plus considérable répond aux deux trépanations suivantes. Les battements du cerveau sont là très accentués. C'est en arrière de cet orifice que les douleurs sont persistantes.

Obs. III (nos 5 et 6). — *Choc sur le crâne. Vertiges et douleurs persistants. Deux trépanations successives. Guérison pendant une année. Retour d'accidents modérés. Troisième trépanation.*

Le nommé S... (Guillaume), âgé de 55 ans, menuisier, entre à l'hôpital Tenon, salle Lisfranc, n° 1, le 9 août 1886, pour des vertiges cérébraux.

Il y a trois mois, cet homme, chargé de deux madriers, fait une chute dans un escalier. Il perd beaucoup de sang et reste longtemps sans connaissance. Quelques heures après il est complètement remis, mais il conserve des vertiges qui persistent depuis cette époque et qui se produisent plus spécialement quand il change de position, surtout quand il passe de la position horizontale à la station debout.

Aucun antécédent syphilitique.

L'état général est bon, et localement on ne trouve qu'une cicatrice insignifiante à la partie postérieure et supérieure du crâne, dans le point où a porté le traumatisme.

1re *Opération* (19 août 1886). — Incision en T sur le sommet du crâne, au-dessus de la suture lambdoïde, presque sur la ligne médiane, au point où siège la cicatrice. On découvre un os intact. Deux couronnes de trépan sont appliquées, les méninges sont adhérentes. Les orifices de trépanation sont agrandis avec la pince de Nélaton. La plaie est ensuite suturée et drainée. Pansement iodoformé.

Durée de l'opération, 50 minutes. Chloroforme Yvon, 45 grammes.

Les suites opératoires sont très simples. Il n'y a à noter qu'un peu d'hébétude dans la journée qui a suivi l'opération. Le tube est enlevé au premier pansement; au deuxième pansement (le 26 août), la cicatrisation est parfaite.

Les vertiges persistent toujours et le malade sort de l'hôpital le 19 octobre 1886. Il fait un séjour de trois semaines à Vincennes, puis cherche à reprendre son travail ; mais il souffre continuellement de

maux de tête, d'étourdissements et de vertiges. Il rentre dans le service le 21 février 1887, salle Lisfranc, n° 19.

2° *Opération* (24 mars 1887). — Je choisis sur le pariétal droit la région des centres pour cette nouvelle trépanation. Incision en T, convertie plus tard en une incision cruciale. Application de la grande couronne, puis, un peu en arrière, de la petite. Hémorrhagie abondante par déchirure des veines des méninges. Plusieurs fils de catgut sont empilés dans la dépression pour permettre la formation d'un caillot. Suture et drainage de la plaie. Pansement iodoformé, sachets, ouate de tourbe.

Les suites sont très simples, la température reste normale, le tube est enlevé au premier pansement, la plaie est guérie le 6 avril et le malade quitte l'hôpital le 3 mai 1887.

Les suites de cette opération ont été très satisfaisantes. Les vertiges ont complètement disparu. Le malade a pu reprendre ses occupations. Il décrivait admirablement le vertige ancien et montrait comment il pouvait aujourd'hui diriger son regard horizontalement, ce qu'il ne pouvait faire auparavant. Au mois de mai 1888, il revint se montrer, se plaignant d'avoir de nouveau des étourdissements. Toutefois sa situation était encore infiniment meilleure qu'auparavant.

Je me décide alors à faire une troisième trépanation, placée cette fois sur le pariétal gauche et dans la région des centres à gauche (28 juin 1888) [1].

Obs. IV (n° 8). — *Coup sur la tête. Douleurs, vertiges et vomissements. Trépanation. Guérison complète.*

Le nommé B... (Jean), âgé de 56 ans, cordonnier, est entré à l'hôpital Tenon, salle Lisfranc, n° 1, le 8 janvier 1887, pour des vertiges et des vomissements.

Cet homme a reçu en novembre 1886 des coups de rouleau sur la tête, qui ont déterminé plusieurs plaies contuses sans apparence de lésion osseuse ; il a été soigné dans le service du 24 novembre au 6 décembre, date à laquelle il a quitté l'hôpital. Depuis son départ il a souffert de la tête, il a des vomissements et des vertiges. A l'examen du crâne, on découvre un point extrêmement douloureux à la pression et situé dans la partie antérieure du pariétal gauche.

Opération (13 janvier 1887). — Incision en T; couronne de trépan appliquée sur le point douloureux. On ne trouve rien. La plaie est suturée et drainée. Pansement iodoformé, sachets, ouate de tourbe.

Durée de l'opération, 30 minutes. Chloroforme Yvon, 25 grammes.

Les suites sont excellentes et très simples; la température reste absolument normale; pas d'accidents à noter. Sort le 7 février en très bon état. Les douleurs et les vertiges ont complètement disparu depuis l'opération. Il a été revu en 1888 parfaitement guéri.

[1] Cette nouvelle trépanation est un seizième cas, elle n'est pas comptée dans les quinze communiquées à la Société de chirurgie.

Obs. V (n° 14). — *Vertiges. Douleurs et bruits continuels dans le crâne. Trépanation. Disparition des douleurs; les bruits persistent.*

La nommée D... (Madeleine), âgée de 18 ans, demoiselle de magasin, entre, le 6 février 1888, à l'hôpital Saint-Louis, salle de l'Isolement, n° 5.

Elle est envoyée par le docteur Babinski pour des douleurs crâniennes avec bruit.

Ces douleurs ont débuté il y a trois ans, et depuis un an elles sont intolérables. Elles s'accompagnent d'un bruit de sonnettes perçu par la malade. On a pratiqué l'extirpation des amygdales puis de polypes du nez, mais sans obtenir aucun résultat. La malade affirme en outre avoir eu par l'oreille gauche un écoulement qui aurait duré deux jours et ne se serait pas renouvelé.

Elle a fréquemment des vertiges. Les douleurs qu'elle éprouve sont spontanées, mais on les réveille en exerçant une pression au niveau de la bosse pariétale gauche, au-dessous de laquelle je place le centre de ma première couronne.

Opération (29 mars 1888). — Incision en T dont la branche horizontale est convexe en bas. Application de la grande couronne sur la bosse pariétale, puis une deuxième fois au-dessous, dans la direction de l'apophyse mastoïde; pont intermédiaire enlevé. Ouverture de la dure-mère en deux points et de l'arachnoïde. Le cerveau a une tendance à faire hernie. Peu de sang, mais écoulement abondant de liquide céphalo-rachidien. Suture de la plaie, dans laquelle on établit un drain qui ne va pas jusqu'au cerveau. Pansement iodoformé, sachets, ouate de tourbe. Chloroforme Yvon, 50 grammes.

Pendant 48 heures la malade a des vomissements intenses avec douleurs de tête très vives. L'oreiller est inondé de liquide. Le pansement est renouvelé le 31 mars et le drain supprimé. Le lendemain le pansement est encore traversé; on ne le change que le 3 avril. Le 6, nouveau pansement; la plaie est en bon état. Jusque-là la température s'était maintenue légèrement élevée (entre 38 et 38°,5), mais elle redevient normale. La plaie est complètement guérie le 11 avril.

La malade reste deux mois dans le service, puis elle sort le 8 juin 1888.

Elle est très notablement améliorée en ce qui concerne les douleurs, mais les sifflements persistent toujours. Toutefois, la marche est assurée. Localement, les cheveux qui repoussent masquent si bien l'orifice qu'on doit le chercher pour le sentir.

Obs. VI (n° 15). — *Choc de la tête ancien. Douleurs fixes. Trépanation. Ouverture du sinus longitudinal supérieur. Guérison.*

La nommée H... (Basilide), âgée de 29 ans, sans profession, est entrée à l'hôpital Saint-Louis, salle de l'Isolement, n° 25, le 7 mai 1888.

Cette femme, amenée par le docteur Frayne, s'est heurtée à la tête il y a trois ans. Ce choc est suivi d'une perte de connaissance qui dure

une demi-heure, mais la malade se remet bientôt et reprend ses occupations. Elle se plaint quelquefois de la tête, et bientôt ses céphalalgies deviennent intenses. En 1887 elle est même obligée de garder le lit pendant deux mois, et elle est aphasique pendant trois jours.

Depuis, elle se plaint de céphalalgie et d'un point extrêmement douloureux siégeant au sommet de la tête, un peu à gauche de la ligne médiane (partie moyenne du pariétal).

Opération (10 mai 1888). — Incision en V pour former un lambeau triangulaire. Application de la grande couronne à gauche de la ligne médiane; le crâne est épais et très dur. Lorsque la couronne est enlevée, la dure-mère et le sinus longitudinal sont détachés tout autour; dans cette manœuvre, le sinus est ouvert dans l'angle antérieur de la plaie, puis bouché avec une éponge, pendant que l'orifice est agrandi avec la pince gouge. Plusieurs mètres de catgut (6 ou 7) sont empilés contre le sinus et l'hémorrhagie est arrêtée. La plaie est suturée et drainée. Pansement iodoformé, sachets, ouate de tourbe.

Durée de l'opération, 1 h. 5. Chloroforme Yvon, 55 grammes.

Les suites de cette opération sont excellentes et des plus simples. Quelques vomissements le jour de l'opération et le lendemain. La température reste toujours normale; le premier pansement est fait le 19 mai, le drain est enlevé, la plaie réunie; deuxième pansement fait le 29, la plaie est complètement guérie, la malade sort de l'hôpital le 6 juin 1888. Depuis son opération elle n'a plus eu de maux de tête.

Elle est sortie vingt-six jours après l'opération. Quoique large, l'orifice de trépanation est déjà difficile à délimiter.

Voilà donc six sujets chez lesquels la trépanation a été faite avec succès; neuf opérations n'ayant présenté aucun accident fâcheux. Il y a eu pour trois sujets des résultats absolument complets : un homme opéré depuis près de trois ans; un autre opéré depuis plus d'un an; une femme, enfin, qui a subi une opération plus récente, mais la marche du mal permet d'affirmer qu'elle restera guérie.

Une autre femme opérée plus récemment a vu guérir ses douleurs; elle a conservé des bruits dans la tête, mais il suffit de la voir pour constater chez elle une grande amélioration.

Un sujet atteint de vertiges rendant tout mouvement impossible a cessé de souffrir de ses douleurs, et après la deuxième trépanation est resté guéri un an.

Enfin le sujet qui a été trépané trois fois a tiré de l'opération un grand bénéfice; bien que non guéri, il est notablement amélioré et un point très douloureux a disparu complètement.

B. *Opérations pour épilepsie vraie.*

Dans quatre cas, je suis intervenu pour remédier à l'épilepsie

vraie. Ce n'est pas là une médication nouvelle. Sans compter les hommes de l'âge de pierre, à une époque rapprochée de nous, on a conseillé la trépanation dans l'épilepsie. J'ai fait l'essai de cette médication sur des sujets dont les parents me suppliaient de faire quelque chose, ou qui eux-mêmes trouvaient leur situation si misérable qu'ils voulaient essayer toute médication nouvelle, même au prix de leur vie; et leur vie n'était pas mise en danger.

Je n'ai peut-être pas lieu de me louer beaucoup de ces opérations. On va voir que les sujets ont été passagèrement améliorés, mais n'ont pas été guéris. Cependant, chez l'un d'eux, les résultats paraissent avoir été persistants. Il n'est pas revenu me voir, mais un de ses camarades d'atelier m'a rapporté qu'il n'avait plus de crises depuis dix mois.

Des trois autres, l'un, que j'ai revu, a conservé ses crises, et les deux autres, dont j'ai eu des nouvelles, paraissent avoir des crises moins fortes.

Dans tous ces cas, je n'ai pas constaté de lésion bien déterminée. J'ai toutefois noté la grande épaisseur du crâne et surtout l'extrême abondance du liquide céphalo-rachidien. Dans le premier cas, son abondance fut considérable au moment même de l'ouverture des méninges. J'ai observé des attaques peu après l'opération. Mais en général l'attaque ne s'est pas reproduite immédiatement.

Obs. VII (n° 7). — *Épilepsie vraie. Troubles de la parole. Trépanation dans la région des centres à gauche. Modification des accidents au début.*

Le nommé X..., âgé de 22 ans, est atteint d'accès épileptiformes depuis l'âge de 14 ans. Ces accès se caractérisent par une chute avec perte de connaissance et mouvements violents; leur durée est environ de vingt minutes, et ils sont suivis d'une grande lassitude. Parfois l'accès est suivi de troubles de la parole, et les convulsions ont souvent débuté par le côté droit. Lasègue, qui a vu cet enfant à cette époque, avait diagnostiqué une tumeur cérébrale.

Les crises deviennent plus fréquentes, elles apparaissent tous les quinze jours et durent plus longtemps, souvent elles sont suivies de véritables périodes d'aphasie. Le Dr Signez, se rapportant au diagnostic de Lasègue, conseille l'intervention.

Opération (15 décembre 1886). — La tête est rasée, puis lavée au savon et à l'eau phéniquée forte. La ligne rolandique est tracée avec un crayon dermographique. Incision en T renversé ; le péricrâne est détaché, puis une couronne de trépan appliquée en bas et en avant de la ligne dans la direction de la troisième circonvolution frontale. Une deuxième couronne est placée au-dessus de la première. Le crâne est dur et relativement épais, la dure-mère n'est pas adhérente, ne pré-

sente aucune modification et n'est soulevée par aucune tumeur. Elle est incisée, ainsi que l'arachnoïde, puis leurs lambeaux sont abandonnés sans suture. La plaie est ensuite suturée et drainée. Pansement iodoformé, sachets, ouate de tourbe.

Durée de l'opération, plus d'une heure. Chloroforme Yvon.

Les suites sont simples, il s'écoule dans la journée une quantité énorme de liquide céphalo-rachidien.

Le pansement est renouvelé le 16, l'état de la plaie est excellent; le 18, nouveau pansement, le tube est raccourci; le 21, nouveau pansement; le 26, le tube est enlevé, ainsi que tous les crins de Florence: la plaie est guérie. L'aspect du malade est des plus satisfaisants, la réaction de l'opération a été absolument insignifiante.

Les premiers résultats de l'opération avaient été très satisfaisants. L'agitation nocturne habituelle de ce malade avait disparu. Les crises sont revenues, mais lorsque j'ai eu de ses nouvelles, quelques mois après l'opération, elles étaient encore atténuées.

J'ai eu sur ses antécédents de famille des renseignements qui ne laissaient pas de doute sur l'origine de la maladie. Grand'mère paternelle épileptique, oncle épileptique; rien chez le père et la mère.

Obs. VIII (n° 10). — *Épilepsie datant de l'enfance. Trépanation large sur le pariétal gauche. Amélioration.*

Le nommé X... (Lucien), âgé de 24 ans, marchand de vin, entre, le 21 février, à l'hôpital Tenon, salle Nélaton, n° 5, pour des attaques d'épilepsie.

Il a des attaques depuis l'âge de 4 ans, mais n'a jamais fait de grave maladie. Ses attaques se caractérisent par une sensation de crampes dans les mains, puis perte subite et complète de connaissance, avec chute, morsure de la langue et écume à la bouche. A certains moments, les attaques surviennent tous les huit jours, d'autres fois elles sont espacées par des intervalles de deux et trois mois. Récemment ces attaques revenaient tous les quinze jours environ.

Rien à noter à l'examen du malade, qu'un peu d'asymétrie faciale. Le cuir chevelu, au niveau de l'occipital, porte plusieurs cicatrices.

Opération (25 février 1887). — Incision en T pour découvrir la région des centres à gauche. Application de la grosse couronne de trépan et de la moyenne, suppression du pont osseux avec la pince de Nélaton, puis incision de la dure-mère et de l'arachnoïde. Suture et drainage de la plaie. Pansement iodoformé.

Dans les suites de l'opération, aucun incident notable, sauf l'écoulement d'une énorme quantité de liquide céphalo-rachidien. La plaie est bientôt guérie. Au bout de dix jours, le malade a une courte attaque, qui se traduit par une simple perte de connaissance. Les attaques se renouvellent à peu près aussi fréquemment, mais leur durée est beaucoup moindre. J'ai eu de ses nouvelles plusieurs mois plus tard. Au dire du père, il y aurait une amélioration. Les crises étaient de plus courte durée et moins intenses. Aucune gêne, du reste, dans la région trépanée.

Obs. IX (n° 11). — *Épilepsie vraie. Trépanation de la région des centres à gauche. Aucun résultat.*

Le nommé T... (Henri), âgé de 20 ans, typographe, est entré, le 31 mai 1885, à l'hôpital Saint-Louis, salle des Baraques, n° 36, pour des attaques d'épilepsie.

Il est épileptique depuis l'âge de 14 ans; ses attaques reviennent tous les mois, quelquefois avec des intervalles plus considérables.

Père alcoolique et un frère plus âgé épileptique.

Ses attaques sont courtes, aucun aura, peu de mouvements, cri initial, hébétude dans la journée qui suit. A vu M. Charcot il y a deux ans. Vient de passer un an à Bicêtre, dans le service de M. Charpentier, où il a été traité par le bromure de potassium.

Opération (2 juin 1885). — Incision cruciale dans la région des centres à gauche. Application de la grande couronne de 3 centimètres, et, à côté, de celle de 2 centimètres. Ouverture de la dure-mère et de l'arachnoïde un peu en arrière du sillon de Rolando. Suture de la plaie, deux tubes à drainage, l'antérieur un peu gros. Pansement iodoformé.

Durée de l'opération, une heure. Chloroforme Yvon, 120 grammes.

Le malade a eu beaucoup d'agitation dans la journée, il a vomi à plusieurs reprises et s'est plaint de céphalalgie. Son oreiller est inondé de liquide céphalo-rachidien. Le lendemain on fait le pansement, les tubes sont remplacés par de plus petits. L'écoulement du liquide céphalo-rachidien persiste quelques jours encore.

Le 7 juin, l'écoulement est insignifiant, les tubes sont retirés. La plaie est réunie.

Les suites opératoires ont été excellentes, car, dès le quatrième jour, il se promenait en fumant. Localement les cheveux recouvrent bien la région où se sentent les battements du cerveau. Mais les crises épileptiques sont fréquentes, avec perte de la mémoire. Le sujet demande qu'on tente une nouvelle trépanation.

Obs. X (n° 12). — *Épilepsie vraie. Trépanation dans la région des centres. Grande amélioration.*

Le nommé T... (Alphonse), âgé de 22 ans, sellier, est entré à l'hôpital Saint-Louis, salle des Baraques, n° 58, le 17 août 1887.

Cet homme est épileptique depuis l'âge de 17 ans. Sa famille n'a présenté aucun cas d'épilepsie. Souvent ses attaques s'accompagnent de phénomènes de contracture dans la main et le bras droits, mais jamais il n'a eu de troubles de la parole. Par intervalle il éprouve une sensation de pesanteur, une sorte d'engourdissement dans la main droite.

Opération (18 août 1887). — La ligne rolandique est déterminée à gauche, une incision menée sur cette ligne d'emblée jusqu'à l'os, une deuxième incision est faite en avant sur l'extrémité supérieure de la

première, de manière à circonscrire un lambeau triangulaire antérieur, de telle sorte qu'en soulevant ce lambeau on puisse placer les couronnes de trépan sur la partie moyenne de la ligne rolandique. La grande couronne de 3 centimètres est d'abord appliquée, puis une deuxième au-dessus et en arrière de la première. Le pont osseux intermédiaire est enlevé avec la pince gouge. Le crâne est très épais. Une hémorrhagie considérable est causée par la section d'une veine méningée; cette hémorrhagie est arrêtée en plaçant du catgut à la partie supérieure de la perte de substance. La dure-mère et l'arachnoïde sont ouvertes en deux points, on met bien à nu le sillon de Rolando. La plaie est ensuite suturée et drainée. Pansement à l'iodoforme, sachets et ouate de tourbe.

Durée de l'opération, une heure vingt minutes. Chloroforme Yvon, 75 grammes.

La marche est très simple. Le lendemain le pansement est inondé de liquide céphalo-rachidien. On le change, et on profite de l'occasion pour mettre un drain plus petit. Ce drain est complètement supprimé quatre jours plus tard. A partir de ce moment, il n'y a plus rien à signaler; la guérison a eu lieu très rapidement et très simplement.

Le malade sort le 16 septembre 1887.

A la sortie, le malade était bien, il avait eu cependant une attaque très peu après l'opération.

Je ne l'ai pas revu en 1888, mais le sujet précédent m'a affirmé qu'il était guéri, qu'il le voyait souvent et qu'il pouvait travailler régulièrement, n'étant plus repris de ses attaques.

C. *Opération pour épilepsie symptomatique.*

Les deux cas qui suivent sont des cas d'épilepsie symptomatique, l'un d'une hyperostose syphilitique, l'autre d'une lésion traumatique ancienne. Les résultats ont été très satisfaisants, en ce sens que l'action de la trépanation a été évidente, diminution des phénomènes de paralysie, disparition des crises ; mais les résultats définitifs ont été peu accentués à cause des lésions acquises. Dans des cas aussi nets, il faudrait intervenir beaucoup plus rapidement. Mais même à cet état l'intervention rend service.

Obs. XI (n° 9). — *Hémiplégie droite incomplète. Aphasie. Crise épileptiforme. Trépanation de la région des centres à gauche. Hyperostose crânienne enlevée. Diminution très notable de paralysie.*

Le nommé Ch... (Henri), âgé de 29 ans, peintre en bâtiments, entré le 5 février à l'hôpital Tenon, salle Nélaton, n° 13, pour une hémiplégie incomplète du côté droit avec troubles de la parole.

A eu des convulsions jusqu'à l'âge de 7 ans. Prétend avoir eu des coliques de plomb. A été soigné au Midi, il y a quatre ans, pour une blennorrhagie, mais n'y a pas suivi de traitement anti-syphilitique.

Habitudes alcooliques.

Il y a trois ans, sans cause appréciable, le malade a une sorte d'attaque d'épilepsie avec morsure de la langue à la suite de laquelle il présente une hémiplégie droite avec aphasie. Il est alors soigné dans le service de M. Troisier, qui lui fait prendre de l'iodure de potassium. Au bout d'un mois, on constate une légère amélioration et le malade quitte l'hôpital. Depuis cette première attaque, le malade en a eu sept autres, après chacune desquelles sa paralysie semblait augmenter. La dernière remonte à deux mois et demi ; il était en traitement dans le service de M. Dreyfus, où il avait subi de nouveau un traitement antisyphilitique.

Le malade est peu intelligent, il répond avec lenteur et sans précision, la parole est hésitante, tout à fait incompréhensible, et chaque mot nécessite un effort considérable qui détermine des contractions dans les muscles de la face. La commissure des lèvres est nettement déviée à gauche, mais on ne constate aucune déviation de la langue ni de la luette.

La jambe droite est parésiée ; pendant la marche, le pied ne quitte pas le sol. Les mouvements du bras sont encore plus incomplets ; le malade avec bien des efforts, arrive à peine à soutenir le bras soulevé à la hauteur de l'épaule ; il ne peut mettre la main derrière la tête. Il n'y a pas d'atrophie apparente ; cependant la mensuration accuse une différence notable en faveur du bras gauche.

Pas de trépidation épileptoïde, mais les réflexes rotuliens sont exagérés. La sensibilité est seulement retardée du côté droit; pas de troubles des organes des sens. L'état général est bon, rien au cœur ni aux poumons, les urines sont normales.

Opération (10 février 1887). — La tête est complètement rasée et soigneusement nettoyée. Au moyen du compas de Broca, la ligne rolandique est déterminée, puis tracée à l'encre. L'incision est faite sur cette ligne, du premier coup jusqu'à l'os, afin de ne pas perdre la ligne ; puis une deuxième incision perpendiculaire au milieu de cette première est dirigée en avant, afin de permettre de découvrir les centres des mouvements du bras et de la parole. Une couronne de trépan de 3 centimètres de diamètre est appliquée en ce point ; l'os est très épais, surtout en avant, où il y a une sorte d'exostose dont le centre est enlevé entre les deux couronnes de trépan. Une deuxième couronne de 22 millimètres est appliquée en avant et en bas de la première, en laissant un pont osseux de plusieurs millimètres entre les deux couronnes. Ce pont est enlevé avec la pince de Nélaton ; puis toute l'ouverture osseuse est largement agrandie jusqu'à ce que les limites de l'épaississement de l'os soient franchies ; la plaie est suturée et drainée. Pansement iodoformé, sachets, ouate de tourbe.

Durée de l'opération, quarante-cinq minutes. Chloroforme Yvon, 75 grammes.

Marche. — Le soir on constate un peu d'agitation, mais la température n'est que de 37°,2. Le lendemain, légère élévation de la température, toujours un peu d'agitation ; le malade parle un peu mieux ; au

dynamomètre, il fait 17 kilogrammes de la main droite et 58 kilogrammes de la gauche.

A partir de ce jour, rien de particulier à noter. La plaie est complètement réunie le 17. Le malade fait chaque jour quelques progrès ; il parle plus facilement, mais la marche surtout est améliorée ; il ne traîne plus la jambe et peut soulever le pied. Il met facilement la main derrière la tête ; enfin, au dynamomètre, il fait des progrès réguliers.

A la fin de mars, sa démarche est absolument normale, il peut courir et même sauter. De la main droite il donne 50 kilogrammes au dynamomètre, presque autant que de la main gauche, avec laquelle il donne 62 kilogrammes. On l'emploie dans la salle pour faire le service. Sa parole reste toujours embarrassée, hésitante, et sa commissure est toujours un peu déviée à gauche. Enfin, depuis l'opération, il n'a pas eu la moindre attaque épileptiforme. Il sort de l'hôpital le 3 mai 1887.

J'ai revu le malade à la fin de 1887. Il n'avait pas fait de nouveaux progrès, la marche était bonne mais le bras droit était faible. La parole était à peu près la même. Les parents voulaient le faire entrer à Bicêtre. Je crois qu'ils exagéraient son infirmité. Il est entré depuis à Bicêtre.

En somme, il avait subi une amélioration considérable sur l'état primitivement observé, mais sa guérison était loin d'être complète. Il est bien probable que, s'il avait été opéré à une époque plus rapprochée du début des accidents, il aurait pu être guéri.

Obs. XII (nº 13). — *Epilepsie symptomatique avec hémiplégie incomplète, suite de plaie du côté gauche du crâne. Trépanation. Large détachement d'adhérences. Amélioration très notable.*

Le nommé M... (Marcel), âgé de 27 ans, colporteur, entre à l'hôpital Saint-Louis, Isolement, nº 35, pour des crises épileptiformes et hémiplégie droite incomplète.

Le 14 février 1882, le blessé reçoit un coup de couteau sur la tête, le couteau pénètre à une grande profondeur et est retiré avec peine par les assistants. Il est ensuite conduit dans le service de M. Verneuil, où il reste quinze jours dans le coma. Lorsqu'il revient à lui, il est paralysé du côté droit, y compris la face ; la parole est difficile. Il sort de chez M. Verneuil le 24 mars 1882, et entre dans le service de M. Charcot, où il reste onze mois ; à la fin de son séjour, la parole et la mémoire sont à peu près revenues.

Au mois de juin 1885, il a une première attaque épileptiforme ; puis quatre mois plus tard une deuxième. A partir de ce moment, les attaques deviennent plus fréquentes ; il en a une environ tous les mois.

Depuis peu, il a des douleurs très violentes du côté gauche de la tête. Il peut marcher, mais avec peine et en boitant. Les muscles de l'épaule, le grand pectoral et les muscles de l'avant-bras droit sont en état de contracture ; tout le membre est amaigri, la main est fléchie en griffe et tout à fait impotente.

Localement il existe fort peu de traces du coup de couteau et point d'enfoncement du crâne.

Opération (5 janvier 1888). — On trouve la trace de la blessure sur le frontal du côté gauche en avant de la ligne rolandique. Cette ligne est déterminée, puis une incision menée sur elle ; une deuxième incision est menée en avant pour circonscrire un lambeau triangulaire, antérieur. La grande couronne est appliquée au milieu de la région des centres, puis une deuxième fois, en avant, juste sur le siège de la blessure. En cet endroit, la dure-mère adhère à l'os et est entamée par la dent de la scie. A la face profonde du crâne existe une saillie osseuse qui se continue en avant ; l'orifice est encore agrandi en ce sens. Le pont osseux situé entre les couronnes est enlevé. La dure-mère paraît aplatie. Il s'écoule pendant l'opération une assez grande quantité de liquide céphalo-rachidien. Quelques vaisseaux donnent du sang et nécessitent l'application de 4 catguts. La plaie est ensuite suturée et drainée. Pansement, iodoforme, sachets, ouate de tourbe.

Durée de l'opération, une heure. Chloroforme Yvon, 45 grammes.

Le lendemain, pansement ; l'oreiller et le pansement sont inondés par le liquide céphalo-rachidien. Le tube est changé.

Le 8 janvier au matin, crise épileptiforme, qui dure cinquante-cinq minutes ; nouveau pansement, tube enlevé ; la plaie est en excellent état. Elle est complètement guérie le 17, et le malade sort de l'hôpital le 5 février 1888, après avoir eu une courte attaque (10 minutes) le 31 janvier.

On peut constater les résultats suivants : la démarche est passable mais s'effectue encore en boitant. La main droite devient de plus en plus puissante, ainsi qu'on peut le constater au dynamomètre. Avant l'opération, le malade, par un grand effort de pression, obtenait 15 kilogrammes de la main droite ; dès les jours qui ont suivi l'opération, il y avait un peu d'amélioration, et le jour de la sortie il amenait facilement 25 kilogrammes.

Revenu à l'hôpital quelques jours plus tard, il n'avait pas eu de nouvelles attaques, il marchait mieux, et surtout, depuis le jour de son opération, il ne ressentait plus aucune des douleurs dont la tête était le siège auparavant.

IV. — Conclusions sur la trépanation.

Ce qui frappe le plus dans toutes ces interventions, c'est l'innocuité. On ne saurait trop insister sur ce caractère, qui permet réellement d'utiliser la trépanation. Il faut en effet, pour la proposer, dans des cas où la vie n'est pas immédiatement en danger, que l'opération ne mette pas, elle, la vie en danger.

Pour bien faire même, il ne faudrait pas attendre que les vertiges ou les douleurs aient rendu la vie insupportable. Il faudrait opérer à une époque plus rapprochée du début des accidents. Pour

les douleurs ou les vertiges qui peuvent avoir leur point de départ dans une irritation plus ou moins directe des méninges, les accidents revêtent un caractère névralgique. Les sujets prennent à la longue un état particulier, une sensibilité exquise, une irritabilité particulière. Il se fait chez eux quelque chose d'analogue à ce que l'on observe chez les individus qui ont été le sujet d'un traumatisme d'un tronc nerveux et chez lesquels se développent des névrites ascendantes. Si les accidents sont anciens, invétérés, même la suppression du foyer du mal ne suffit plus à les calmer que temporairement, et les accidents reprennent plus haut dans un avenir plus ou moins rapproché.

Dans nos propres observations, les résultats ont été d'autant plus remarquables que les accidents étaient moins anciens. Il faudrait, aussitôt que la réalité de ces accidents et leur siège ont été déterminés, intervenir vigoureusement.

Au premier abord, on peut craindre que les suites soient d'autant plus redoutables que l'ouverture crânienne est plus grande. On peut penser aussi que l'ouverture de la dure-mère, l'incision de l'arachnoïde, même celle de la pie-mère et de la couche superficielle du cerveau, aggravent l'intervention. Pour se convaincre du contraire, il suffira de parcourir les observations ci-dessus. Dans les cas où il me paraissait inutile d'ouvrir les méninges, je les ai laissées intactes. Eh bien! les observations ne montrèrent pas de différence bien sensible entre les suites. Peut-être y a-t-il eu des vomissements en plus chez ceux dont le cerveau était intéressé; peut-être la douleur de tête a-t-elle été plus vive. Pourtant, lorsque l'arachnoïde a été ouverte, on voit sans complication aucune les énormes écoulements de liquide céphalo-rachidien qui se font sans réaction d'aucune sorte.

Un fait opératoire est menaçant, l'hémorrhagie. Il paraît, du reste, avoir beaucoup plus préoccupé les opérateurs réguliers que les irréguliers. J'ai vu, pour ma part, des hémorrhagies très troublantes au premier abord. Dans trois cas, j'ai dû y remédier par le procédé recommandé par Lister, soit l'empilement de faisceaux de catgut sur l'orifice saignant. J'ai réussi dans les trois cas, même lors de ma quinzième opération, alors que j'avais ouvert le sinus longitudinal supérieur. Je ne serai contredit par aucun des nombreux assistants lorsque je dirai que la vue du jet de sang à un demi-pied de haut avait quelque chose d'effrayant. Il me suffit d'empiler une grande quantité de catgut, certainement plus de 7 mètres de fil dans ce dernier cas, pour arrêter l'hémorrhagie. Dans les trois cas, la résorption de ces masses de catgut fut extrêmement simple; c'est un chapitre de plus à ajouter à l'histoire du catgut, tant décrié par ceux qui ne savent pas s'en servir, et dont

l'usage constitue une des plus grandes découvertes chirurgicales de notre temps.

Il ne faut pas croire que j'aie pratiqué des ouvertures insignifiantes et regardé timidement dans le crâne. Ce sont des ouvertures considérables que j'ai faites. Mon trépan n'est pas aussi grand que celui que M. Horsley avait proposé, mais il est plus grand que celui employé ordinairement, 18 ou 22 millimètres. J'emploie une couronne de 3 centimètres de diamètre. J'applique deux couronnes séparées par un pont, puis je mords sur la périphérie de l'ouverture avec une pince gouge; j'ai facilement des orifices de 7 à 8 centimètres de long sur 3 ou 4 de large. Leur réparation se fait si bien qu'au cas échéant je ne verrais pas d'inconvénient à les agrandir encore.

Or, si grandes que soient ces ouvertures, leur innocuité est la même. Je n'ai vu aucune différence entre les grandes et les petites baies du crâne pour la simplicité des suites. Je suis même disposé à penser qu'une ouverture très petite du crâne est d'une réparation un peu plus difficile qu'une ouverture de largeur moyenne ; assurément il est plus difficile de la bien parachever, de lui faire des bords bien lisses, comme je le recommande toujours.

La lecture de ces observations met encore en relief l'excellence de la méthode que j'ai recommandée pour chercher les centres. On pouvait le prévoir, parce que tous ceux qui ont étudié cette topographie crânienne ont adopté ouvertement ou par des voies détournées, je dirais volontiers dérobées, ma manière de faire. Ici, dans près de la moitié des cas, on a pu suivre une démonstration parfaite. En effet, il y avait des sujets qui avaient des indications tirées des localisations cérébrales.

Chez d'autres, comme les épileptiques, voulant remédier à des troubles moteurs, j'ai trouvé plus sage de placer la perte de substance dans la région motrice.

Dans tous ces cas, j'ai donné aux assistants la démonstration de la précision chirurgicale de ces recherches. J'ai montré comment on tombait à volonté sur un point déterminé du sillon de Rolando, par conséquent sur un point désiré de la région des centres. Comme je le disais tout à l'heure, on est libre de faire des ouvertures très grandes, par conséquent suffisantes pour voir et agir sur une surface déterminée des circonvolutions cérébrales.

Il est bien remarquable que si les suites immédiates de la trépanation sont simples, les suites éloignées sont plus simples encore. Déjà on montre que des gens qui ont suppuré n'ont pas de difformité notable plus tard. Les Kabyles eux-mêmes, qui enlèvent la peau avec la surface crânienne et dont les plaies suppurent,

n'ont pas de grosses difformités. Mais nos cas sont encore bien autrement favorables. Du moment qu'un opéré n'a pas suppuré, que la réunion est parfaite sans suppuration, les traces locales de la trépanation sont réduites à un minimum extraordinaire. Au bout de très peu de mois, il serait impossible de se faire une idée de l'ouverture crânienne. Même sans réparation osseuse, celle-ci est bouchée par un tissu très dur. A la longue, des ouvertures considérables ne laissent même plus percevoir le battement cérébral. Aussi, de mes opérés, aucun ne porte d'appareil spécial, et pour ceux qui présentent une couche épaisse de cheveux, on peut dire qu'ils sont presque aussi garantis que ceux qui n'ont pas été opérés.

On peut faire la trépanation à tous les âges ; les miennes varient de 14 à 58 ans. Je crois toutefois que le jeune âge est particulièrement favorable. Les ouvertures osseuses se comblent plus vite. Chez une jeune fille de 18 ans, qui a eu une énorme ouverture avec section complète des méningos, les cheveux étant un peu repoussés, il serait impossible de se rendre compte aujourd'hui de l'opération qu'elle a subie. Toutefois, la réparation m'a paru très satisfaisante chez des sujets très âgés.

Dans les quinze cas où je suis intervenu en dehors du traumatisme, l'indication de l'intervention était un fait médical : douleurs, paralysies, convulsions. C'est une voie que j'ai indiquée depuis longtemps. J'ai commencé par ma proposition de guider les recherches intra-crâniennes sur l'étude des centres moteurs altérés, et mon livre de 1879 a été récompensé par l'Académie de médecine (prix Amussat). Mais j'ai été plus loin par l'exemple, et mes deux premières opérations, qui ne se rattachent guère au traumatisme, sont antérieures à celles de M. Horsley, de Londres (15 octobre 1885 et 3 mai 1886). La première opération de M. Horsley est du 26 mai 1886.

Si je rappelle cette particularité, ce n'est pas que je veuille rien enlever à M. Horsley ; j'estime que ses travaux sur la trépanation et sur les localisations cérébrales sont extrêmement remarquables ; mais j'étais avant lui dans cette voie, et, même chez nous, on a quelquefois oublié ce détail de l'histoire du trépan. Je crois avoir beaucoup contribué à ramener au trépan et à introduire l'ouverture du crâne dans une voie médicale. J'ai du reste montré, en d'autres publications, que si le trépan revenait en honneur en Allemagne et en Angleterre, c'était à la suite d'une renaissance déterminée par des travaux français.

Je ferai remarquer à cet égard combien les indications de la trépanation peuvent être variées. On a surtout donné comme indications la recherche possible de tumeurs ou de collections

purulentes. Il y a là certainement des ressources très précieuses. Mais si les recherches intra-crâniennes devaient se borner là, elles resteraient bien rares et bien infructueuses. Les résultats définitifs de ces sortes de recherches n'ont pas une importance comparable avec ceux des trépanations faites pour bien d'autres causes, et j'affirme que si on veut bien étudier toutes les indications de trépanation, elles seront très communes.

Au premier rang de ces indications, il faut placer les douleurs fixes intra-crâniennes, qui constituent d'ailleurs rarement un symptôme isolé. Communément elles s'accompagnent de troubles moteurs, surtout de vertiges. Il est bien remarquable que, dans ces cas, même si on ne constate aucune lésion, l'opération peut amener la disparition de tous les accidents.

Les troubles moteurs fournissent des indications excellentes et des paralysies plus ou moins complètes, les convulsions serviront d'indications communes.

L'épilepsie symptomatique est certainement une des conditions les plus favorables pour opérer. Quant à l'épilepsie vraie, le peu de résultats obtenus par mes opérations ne démontre pas qu'il faille y renoncer. Il faudrait intervenir chez des sujets très jeunes, à une époque rapprochée du début des accidents, où il n'y ait pas encore d'habitudes cérébrales prises; dans le seul cas où j'ai obtenu un résultat, le début de l'épilepsie n'était pas très ancien.

Quel que soit, du reste, le motif de la trépanation, pour avoir des résultats très satisfaisants, il ne faudrait pas intervenir à une période très avancée. Il est très bien d'épuiser toutes les ressources de la thérapeutique avant d'intervenir chirurgicalement, mais il ne faudrait pas exagérer dans ce sens.

Les lésions syphilitiques elles-mêmes n'échapperaient pas à la trépanation dans un certain nombre de cas. En effet, il n'est pas rare qu'elles soient périphériquement développées, soit dans les méninges, soit sur les os du crâne eux-mêmes. Or, il y en a de si lentes à obéir à l'action des médicaments, que des lésions secondaires sont acquises lorsque la cure est terminée. C'est le cas par exemple pour des paralysies localisées, comme en est un exemple notre observation XI (n° 9 du tableau). Je pense donc que, dans les cas où l'action des médicaments ne sera pas très rapide, très satisfaisante, il y aura lieu d'intervenir chirurgicalement.

Ces interventions sont évidemment encore très empiriques. Il est difficile de déterminer exactement la cause de leur succès. Il est probable qu'elles suppriment une irritation locale méningée ou qu'elles amènent une décompression du cerveau. Or, cette décompression du cerveau, ce desserrement d'un organe à l'étroit pourrait rendre des services dans une foule de cas différents. On pour-

rait même obtenir le soulagement de grandes douleurs en la provoquant chez des sujets qui ont une lésion cérébrale profonde qu'il est impossible d'atteindre, mais dont les conséquences douloureuses seraient atténuées.

Enfin, la trépanation me paraît si bénigne que, dans des cas obscurs ou la thérapeutique médicale s'est montrée impuissante, je ne vois pas de raison pour ne pas pratiquer une véritable trépanation exploratrice. La malade de l'observation V (n° 14 du tableau) était dans ce cas, et le soulagement obtenu par l'opération a été tel qu'il n'y a pas lieu de la regretter.

Plus nous irons, plus les diverses indications se préciseront. Aux localisations motrices se joindront les localisations sensorielles, et cela d'autant mieux que la trépanation n'est pas représentée par un point, mais par une surface qui peut devenir très large sans inconvénient. On a donc beaucoup de marge pour découvrir la lésion, et il suffirait d'une approximation grossière pour cela.

Pour les malades eux-mêmes, l'opération paraît si simple que deux d'entre eux l'ont subie plusieurs fois, en la réclamant, parce que la première les avait soulagés. L'un d'eux a été ainsi trépané deux fois [1], et l'autre trois fois.

Quant au procédé opératoire, je répéterai pour la trépanation ce que j'ai dit pour la cure radicale des hernies. Si on veut la pratiquer hardiment et communément, ce ne doit être qu'avec la chirurgie antiseptique la plus parfaite.

Le nettoyage préalable de la tête en particulier doit être soigné dans une mesure que l'on ne saurait exagérer. Je le pratique successivement avec l'eau de panama, l'acide phénique, le sublimé, en rasant complètement la tête.

Au cours de l'opération et après l'opération, l'antisepsie du cerveau et des méninges doit être pratiquée sans hésitation. Ce n'est pas l'action des topiques sur eux qu'il faut craindre, mais la septicité.

La forme de l'incision ne me paraît pas avoir une grande importance. J'ai préféré généralement l'incision en T ou en V au lambeau semi-ovalaire, pour deux raisons. La première, c'est qu'avec cette forme d'incision, en allant du premier coup de bistouri jusqu'au périoste, vous dessinez sur le périoste la forme de votre incision et vous pouvez prendre le point de croisement des branches du T ou du V comme point de repère pour ne pas vous perdre. Lorsqu'en particulier on veut agir dans une région déterminée (point douloureux ou localisations cérébrales), il y a une véritable importance à prendre cette précaution.

[1] Celui qui avait été trépané deux fois a, dernièrement, sur sa demande, été trépané une troisième fois.

TABLEAU I. — *Trépanatio*

NUMÉRO d'ordre.	NOM DU MALADE.	MALADIE.	OPÉRATION.
1	H... (Charles)..........	Plaie insignifiante du cuir chevelu au niveau de la bosse pariétale gauche; fracture du crâne avec enfoncement bien en avant de la plaie; parésie du bras droit; aphasie; crises épileptiformes. Opération cinq jours après le traumatisme.	Une couronne de trépan en avant foyer de la fracture, les os sont e grenés; une demi-couronne en arrièr ablation d'une esquille enclavée so les os; sang épanché sur les m inges.
2	R... (Jérôme)..........	Fracture du pariétal droit; chute treize jours avant l'entrée à l'hôpital dans un service de médecine; hémiplégie gauche incomplète.	Quinze jours après l'accident. Trépa tion du pariétal droit; pus évacu ouverture des méninges; évacuati de sang et de matière cérébrale ga grenée.
3	D... (Pierre)..........	Fracture du crâne; enfoncement manifeste; coma.	Le jour de l'accident. Trépanation; lar enlèvement d'une portion du pariet Le malade paraît s'éveiller au co de l'opération.
4	M .. (François)..........	Fracture du crâne; enfoncement du pariétal droit par une pomme de canne en bronze; un vomissement.	Deux jours après l'accident. Trépanat juste au niveau d'une fracture ouver enfoncement très étroit; enlèvem d'un fragment de table interne ay pénétré le cerveau en entraînant cheveux.
5	L... (Justine)..........	Fracture du crâne avec enfoncement intéressant le frontal, le pariétal et le temporal gauches, causé par le piétinement d'un cheval.	Quelques heures après l'accident. Déc verte de deux fragments enfoncés s'étendant sur plus du tiers de la s face droite du crâne; résection, a une pince de Nélaton, d'une port considérable du frontal et du tempo extraction d'un caillot enkysté s le frontal; incision des méninges.

âne pour traumatisme.

	PROFESSION.	DATES.				OBSERVATIONS.
		Entrée.	Opération.	Sortie.	Mort.	
.	Cordonnier.	16 nov. 1874	22 nov. 1874	Guérison complète, 20 janv. 1875	»	Le 26 novembre la paralysie du bras disparait. Le 7 décembre la parole commence à revenir. Le 1er janvier il peut lire et écrire. Revu en très bonne santé treize ans après l'opération, infirmier à l'hôpital Tenon.
.	Menuisier.	13 avril 1881	15 avril 1881	»	15 avril 1881	Mort quelques heures après l'opération; tout l'hémisphère droit est couvert de pus; abcès intra-cérébral.
.	Peintre en bâtiments.	13 août 1885	13 août 1885	»	14 août 1885	Chute d'un premier étage; opéré dans le coma; meurt sans être sorti du coma, quelques heures plus tard. Énorme fracas de la base du crâne.
.	Journalier.	2 avril 1886	4 avril 1886	23 avril 1886	»	Guérison. Le malade a été revu, deux ans plus tard, en très bon état.
.	Couturière.	14 mars 1888	15 mars 1888	28 avril 1888	»	Apportée sans connaissance à l'hôpital; opérée dans le coma; reprend connaissance le 18 mars; guérit très bien. Revue en juin en excellent état.

TABLEAU II. — *Trépanation du crâne po*

NUMÉRO d'ordre.	NOM DU MALADE.	MALADIE.	OPÉRATION.
1	D... (Charles), envoyé par le Dr Signez.	Ancien traumatisme crânien; accidents cérébraux; vertiges.	Trépanation sur le pariétal postérieur g... che en avant de la saillie de l'écai... de l'occipital. Déformation probabl... ment congénitale. Pas d'ouverture ... la dure-mère, qui est assez adhéren...
2	S... (Charles), envoyé par le Dr Dujardin-Baumetz.	Douleurs fixes d'un côté de la tête, titubation.	1re *Opération.* — Deux couronnes plac... au niveau d'un point douloureux sur... partie antérieure du pariétal gauc... aucune lésion observée.
3	*Idem*..................	*Idem*..........................	2e *Opération.* — Trépanation sur la par... postérieure du même pariétal.
4	*Idem*..................	*Idem*..........................	3e *Opération.* — En arrière de la deuxiè... et comprenant la marge postérie... de celle-ci; très large opération sa... ouverture de la dure-mère.
5	S... (Guillaume).......	Ancien choc sur le crâne? Vertiges, douleurs de tête intenses.	1re *Opération.* — Deux couronnes de t... pan très larges à la partie postérie... du pariétal au point qui avait ... frappé trois mois auparavant.
6	*Idem*..................	Persistance des vertiges avec douleurs frontales. Le malade avait été soulagé quelques semaines.	2e *Opération.* — Très large trépanati... au milieu du pariétal droit, où j... choisi la région des centres. Hém... rhagie assez grave due à une vei... des méninges, qui ont été largem... ouvertes.
7	X..., envoyé par le Dr Signez.	Épilepsie vraie; grand'mère épileptique. Premières convulsions à l'âge de 14 ans. Sœur ayant eu des accès. Troubles aphasiques après certains accès.	Très large trépanation dans la régi... des centres du côté gauche. Deux c... ronnes; ouverture de la dure-mère ... de l'arachnoïde; écoulement imméd... de sérosité.
8	B... (Jean)............	Vertiges et douleurs avec vomissements; suite de choc sur la région frontale gauche, deux mois avant l'opération.	Une couronne de trépan sur le front. Aucune trace de fracture du crâne.

...nts cérébraux en dehors des fractures.

	PROFESSION.	DATES.			OBSERVATIONS.
		Entrée.	Opération.	Sortie.	
.	Coupeur en chaussures.	8 oct. 1885	15 oct. 1885	9 nov. 1885	Sort guéri. La guérison s'est très bien maintenue; les vertiges ont complètement disparu.
.	Employé.	27 avril 1886	3 mai 1886	»	Guérison complète de la douleur en ce point. Un deuxième point douloureux en arrière n'est pas modifié.
	Idem.	»	23 juin 1886	Sort de Tenon en 1887 et revient à Saint-Louis.	Cette deuxième opération ne donne aucun résultat sensible; les douleurs persistent.
	Idem.	8 juin 1887	1er juill. 1887	.. juin 1888	Il y a eu une certaine amélioration, assez sensible pour que le malade puisse écrire et lire; paroxysmes plus rares, mais la douleur postérieure persiste.
.	Menuisier en pianos.	9 août 1886	19 août 1886	19 oct. 1886	Trépané dans la région présumée du choc reçu il y a trois mois. Résultat peu marqué de l'opération. Au bout de six semaines, retour des accidents.
..	*Idem.*	21 févr. 1887	24 mars 1887	3 mai 1887	Devant les vertiges persistants, j'ai fait une nouvelle trépanation, qui a fait tout disparaître. Revu le 25 juin, vertiges absolument disparus. Un an plus tard, une partie des accidents revenus; troisième trépanation (1888)
..	Graveur.	»	15 déc. 1885	»	Guérison rapide; écoulement énorme de sérosité dans les premiers jours. Amélioration très marquée d'abord; mais les accès sont revenus, quoique plus faibles.
5.	Cordonnier.	8 janv. 1887	13 janv. 1887	7 févr. 1887	Cet homme avait séjourné déjà à l'hôpital, du 24 novembre au 6 décembre 1886, pour un coup de rouleau sur la tête. Depuis sa sortie, douleurs continuelles, vertiges, vomissements. Après son opération, tous les accidents ont disparu. Revu depuis; la guérison s'est bien maintenue.

NUMÉRO d'ordre.	NOM DU MALADE.	MALADIE.	OPÉRATION.
9	M... (Henri)............	Épilepsie symptomatique. Parésie du membre supérieur et du membre inférieur droits; aphasie, convulsions épileptiformes rares, depuis trois ans.	Trépanation dans la région des centr à gauche. Une grande couronne et u petite avec un pont. Ablation d'u hyperostose considérable.
10	R... (Lucien)..........	Épilepsie vraie ayant débuté à l'âge de 4 ans.	Trépanation très large dans la région d centres à gauche. Grosse et moyen couronne; ouverture de l'arachnoïd
11	T... (Henri)............	Épilepsie.........................	Trépanation du crâne dans la région d centres. Ouverture des méninges arrière du sillon de Rolando. De drains dans la plaie.
12	T... (Alphonse).........	Épilepsie avec troubles moteurs...	Trépanation dans la région des centr (deux couronnes de 3 centimètres). I cision des méninges en deux point hémorrhagie considérable.
13	M... (Marcel)..........	Plaie ancienne du crâne de six années. Hémiplégie droite; crises épileptiformes. Douleurs de tête très vives.	Trépanation dans la région des centre Deux couronnes, l'une sur le siège la blessure. En ce point la dure-mè est adhérente; ouverture très large d méninges.
14	D... (Madeleine), envoyée par le Dr Babinski.	Douleurs crâniennes; bruits intracrâniens; vertiges.	Trépanation au niveau de la bosse par tale gauche (deux couronnes de 3 ce timètres et un pont). Ouverture de dure-mère en deux points et de l'a chnoïde. Aucune lésion rencontrée.
15	H... (Basilide), envoyée par le Dr Frayne.	Douleurs de tête, suite de contusion crânienne datant de trois ans. Point douloureux sur le sommet de la tête un peu à gauche.	Trépanation sur les points doulour (partie moyenne du pariétal). Ouvert du sinus longitudinal; hémorrha arrêtée en empilant 4 ou 5 mètres catgut contre le sinus.

PROFESSION.	DATES.			OBSERVATIONS.
	Entrée.	Opération	Sortie.	
Peintre.	5 févr. 1887	10 févr. 1887	3 mai 1887	L'opération a fait tomber sur une hyperostose. Dès le deuxième jour, la main, qui ne pouvait être relevée, était portée facilement sur la tête; la jambe ne traînait plus. L'aphasie a été moins améliorée. Aucune attaque dans ces deux mois de séjour. Les progrès, plus tard, n'ont pas continué.
Marchand de vins.	21 févr. 1887	27 févr. 1887	8 mars 1887	Guérit très vite de l'opération. Au bout de dix jours, courte attaque; il lui revient des attaques plus courtes qu'auparavant; perte énorme de liquide céphalo-rachidien dans les jours qui suivent l'opération.
Typographe.	31 mai 1887	2 juin 1887	22 juin 1887	Guérit très vite de l'opération. Perte énorme de liquide céphalo-rachidien pendant les premiers jours; l'écoulement cesse quand on enlève les drains. Pas de résultats.
Sellier.	17 août 1887	18 août 1887	16 sept. 1887	Écoulement considérable de liquide céphalo-rachidien. L'amélioration a été très considérable; au dire d'un camarade, dix mois plus tard, il n'avait pas eu de convulsions.
Colporteur.	2 janv. 1888	5 janv. 1888	4 févr. 1888	Guérison rapide; amélioration considérable de la paralysie du bras et de la main; disparition complète des douleurs de tête.
Demoiselle de magasin.	6 févr. 1888	29 mars 1888	.. juin 1888	Vomissements pendant quarante-huit heures; douleurs de tête immédiates, violentes, mais l'atténuation des douleurs est considérable; les bruits continuent à être perçus.
Sans profession.	7 mai 1888	10 mai 1888	11 juin 1888	Suites très bonnes; disparition de la douleur à peu près immédiate. A sa sortie, tout était disparu.

Puis il est bien commun qu'au cours de l'opération il y ait lieu d'agrandir le champ opératoire. Cette forme d'incision est plus favorable que toute autre, puisqu'il n'y a qu'à allonger les branches du T dans la direction voulue.

J'ai toujours pratiqué le drainage, auquel je trouve de nombreux avantages. Entre autres, l'écoulement abondant de sérosité ou de liquide céphalo-rachidien paraît contribuer notablement à soulager le malade. Puis, comme je l'ai dit bien des fois, le drainage est un élément très important de sécurité qui, là moins qu'ailleurs, ne doit être négligé.

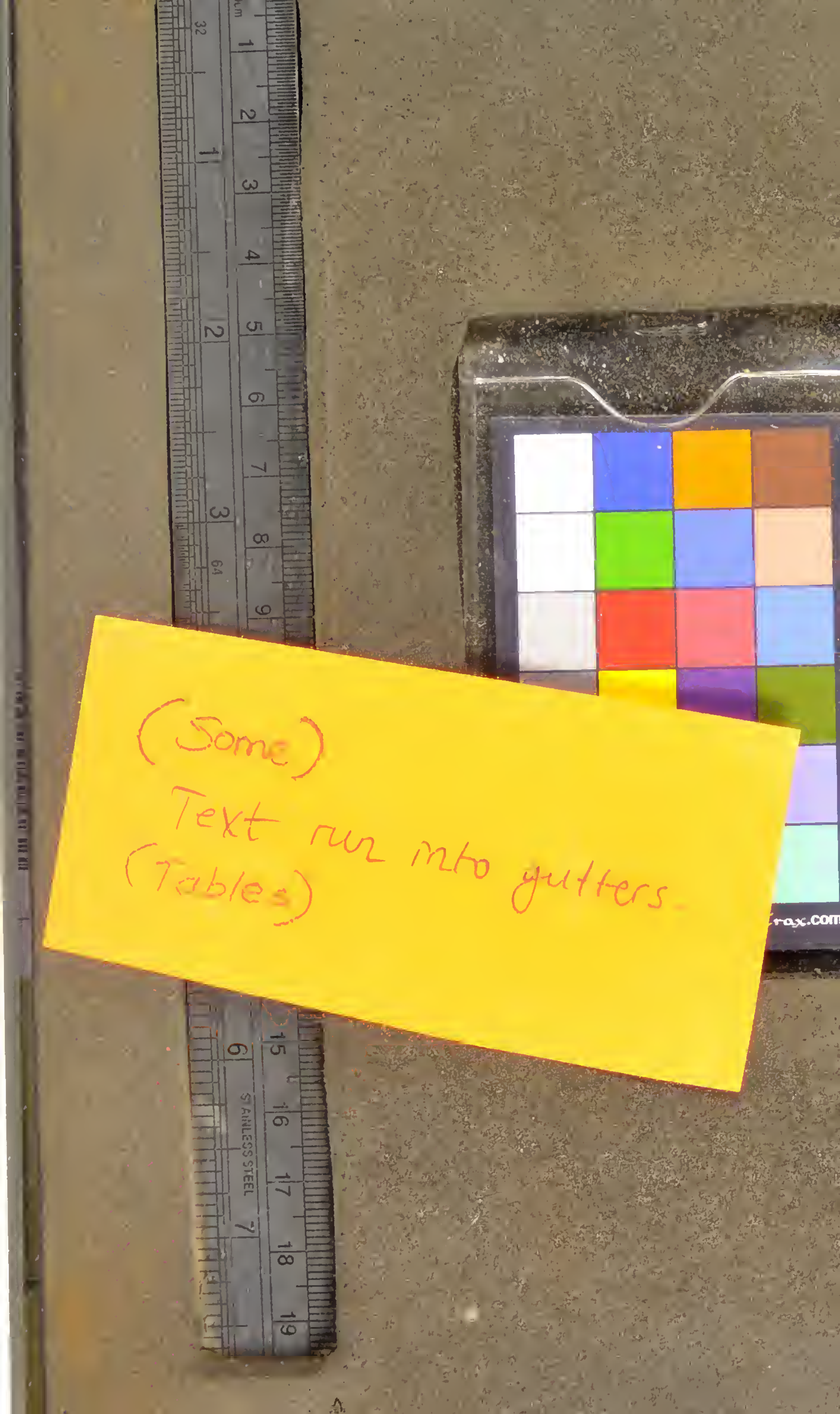
La technique de l'opération ne comprend pas de manœuvres très particulières. J'ai adopté une grande couronne de trépan, soit de 30 millimètres de diamètre. Elle présente un inconvénient dont il faut être prévenu. Les grandes dimensions font souvent qu'un des bords pénètre le crâne avant l'autre, et on court risque de blesser les méninges avant d'avoir enlevé la rondelle. Cet inconvénient m'a empêché d'adopter la couronne conseillée par M. Horsley, couronne de 50 millimètres d'après sa description. L'inconvénient doit être bien plus grave.

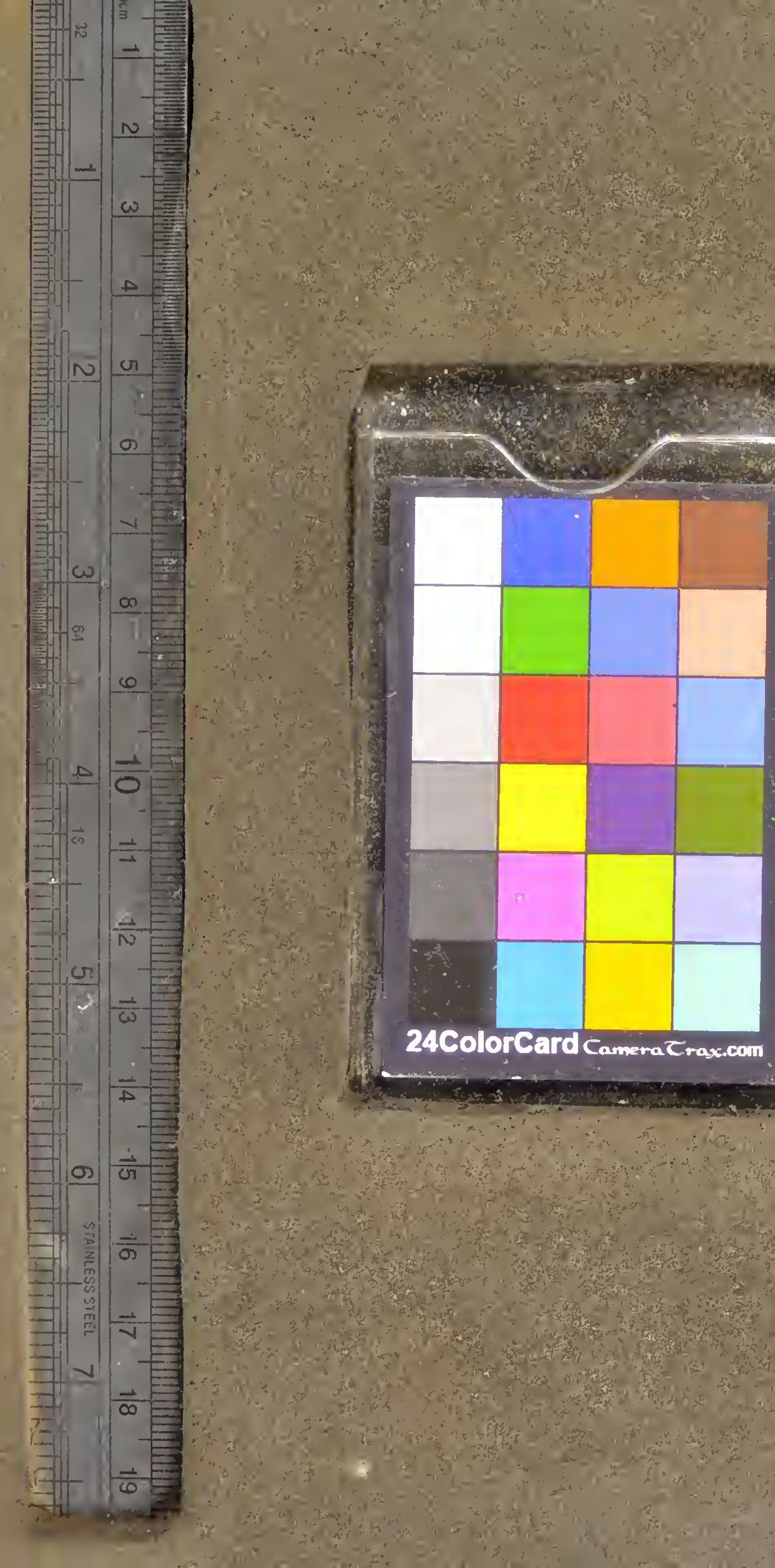
L'agrandissement de l'orifice dans la forme voulue est obtenue, après placement d'une ou deux couronnes, à l'aide de la pince gouge, dont je me sers beaucoup, et avec laquelle on donne aisément toute forme ou toute dimension à l'orifice.

En résumé, l'opération faite dans des conditions que j'ai déterminées me paraît prête à rendre service dans une foule de cas où la thérapeutique médicale a échoué. Les cavités de l'abdomen, de la poitrine, inaccessibles autrefois, sont facilement ouvertes aujourd'hui, sans attendre que les lésions auxquelles on peut remédier soient incurables. Pour le crâne, il doit en être de même. On peut intervenir chirurgicalement dans bien des cas. Il est nécessaire que les médecins s'en rendent compte, car il faut en quelque sorte que le chirurgien obéisse aux indications qu'ils auront déterminées. Il faudra qu'ils aient précisé les cas où on aura à intervenir. Pour cela, il est nécessaire qu'ils connaissent les ressources nouvelles que nous avons apportées à la thérapeutique opératoire.

Paris. — Soc. d'Imp. Paul Dupont, 24, rue du Bouloi (Cl.) 169.9.88.

Paris. — Société d'Imprimerie Paul Dupont, 24, rue du Bouloi (Cl.) 169 *bis*.9.88.


(Some)
Text run into gutters.
(Tables)


24ColorCard CameraTrax.com
STAINLESS STEEL